

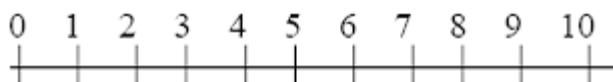
Ból w chorobach narządu ruchu

Maciej Głowacki

Definicja. Ból jest definiowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu jako nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnie zagrażającym uszkodzeniem ciała.

Parametry klasyfikacji bólu z wywiadu i badania przedmiotowego według Diener i Maier:

- **lokalizacja bólu:** bierze się pod uwagę słowne określenie obszaru objętego bólem przez chorego, przydatne jest zakreślenie bolesnego obszaru na rysunku postaci ludzkiej stosowane w niektórych kwestionariuszach (....)
- **czas trwania bólu:** odróżniamy ból ostry od bólu przewlekłego, to jest trwającego powyżej 3 miesięcy.
- **rytm trwania bólu:** przerywany lub ciągły. W ortopedii ból przerywany typowy jest dla początkowej fazy zmian zwyrodnieniowych stawów, występuje po wysiłku fizycznym, a ustępuje po wypoczynku. Ból ciągły jest typowy dla zaawansowanej postaci zmian zwyrodnieniowych stawów, nie ustępuje podczas wypoczynku, nasila się w nocy. Ból ciągły jest ponadto spotykane w chorobie nowotworowej.
- **przebieg bólu:** nagły lub stopniowo narastający. Odróżnia się ból nagły, związany zwykle z przebytych urazem, na przykład zerwaniem ścięgna, złamaniem kości, od bólu stopniowo narastającego, typowego dla zmian zwyrodnieniowych, rozwijającego się w ciągu tygodni lub miesięcy
- **typ bólu:** będący subiektywnym odczuciem chorego, opisującego ból jako przeszywający, kłujący, czy piekący typowy dla podrażnienia włókien układu autonomicznego. Ból mechaniczny spowodowany przeciążeniem kręgosłupa i miejscowym wzrostem ciśnienia w przebiegu na przykład nadmiernej kifozy powodowanej osteoporozą.
- **natężenie bólu,** określane w skali VAS (Visual Analog Scale): Posługując się liniijką długości 10 cm, określa się natężenie odczuwanego bólu, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić



Skala VAS

brak bólu

ból nie do zniesienia

Z bólem łączą się dalsze pojęcia:

- objawy towarzyszące: poszerzenie obrysów stawu, zaniki mięśniowe, ograniczenie ruchomości czynnej i biernej
- stopień ograniczenia aktywności: będący w części następstwem dolegliwości bólowych, a także ograniczenia ruchomości stawów i osłabienia siły mięśni
- dotychczasowe leczenie: z uwzględnieniem leczenia nefarmakologicznego i farmakologicznego, w tym drugim przypadku długość stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych i/lub leków opioidowych

Specyficzne problemy związane ze zjawiskiem bólu w ortopedii wymagają pogłębionego wywiadu, uwzględniającego patofizjologię chorób układu kostnego i nerwowego:

- Zwraca się uwagę nie tylko na lokalizację bólu, ale także jego promieniowanie do innych obszarów anatomicznych, czego klasycznym przykładem jest promieniowanie bólu w przebiegu dyskopatii części lędźwiowej kręgosłupa wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego.
- Lokalizacja bólu nie musi być tożsama z lokalizacją miejsca chorobowego, na przykład w uszkodzeniu mięśnia nadgrzebieniowego ból może być odczuwany na bocznej powierzchni ramienia, a ból odczuwany w okolicy kolców biodrowych tylnych górnych może pochodzić z dermatomów na poziomie kręgów Th12- L1.
- Pierwotne nowotwory układu kostnego oraz guzy przerzutowe powodują stopniowe narastanie bólu ze znacznym nasileniem objawów po wystąpieniu złamania patologicznego kości.
- Nietypowym zjawiskiem jest ustępowanie bólu w części guzów kości, przede wszystkim w kostniaku kostnowym, po zastosowaniu niewielkich dawek salicylanów.
- Problemem dotyczącym stosunkowo licznej grupy chorych jest paradoksalnie nieodczuwanie bólu na skutek wrodzonych wad układu nerwowego, w tym mielodysplazji i przepukliny oponowo rdzeniowej, czy też po urazach rdzenia kręgowego. W tych przypadkach może dojść do wytworzenia się trudno gojących odleżyn i złamań osteoporotycznych kości bez objawów bólowych u pacjenta.
- Prowokowanie bólu u chorego poprzez ściśle zdefiniowane ruchy/ustawienia kończyn lub kręgosłupa jest ważnym elementem badania diagnostycznego.

W zależności od typu podrażnionych receptorów i źródła uszkodzenia rozróżnia się:

- Ból receptorowy - powstaje na skutek pobudzenia receptorów bólowych, jest typowy dla zmian zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa.
- Ból neuropatyczny - dochodzi do niego z powodu dysfunkcji układu nerwowego na skutek

niedokrwienia, infekcji, urazu.

- Ból psychogeny - nie jest możliwe stwierdzenie organicznego tła zgłaszanych dolegliwości bólowych.

Patofizjologia bólu. Ból ostry jako następstwo urazu jest odczuwany z powodu uwolnienia z uszkodzonych tkanek mediatorów zapalenia: bradykinina, histamina, serotonina, cytokiny. Ból przewlekły typowy dla dużej liczby schorzeń ortopedycznych powstaje według Heinegard i Saxne głównie na skutek niestabilności stawu, wzrostu ciśnienia śródkostnego, zmian zapalnych w błonie maziowej, tworzenia osteofitów.

Skutki bólu. Prawdopodobieństwo wystąpienia bólu w życiu człowieka wynosi sto procent, a jego wpływ jest zaznaczony przy czynnościach dnia codziennego, pielęgnacji, czytaniu, skupieniu się, pracy, jak i w trakcie prób wypoczynku. Negatywne oddziaływanie bólu ogranicza możliwości podróżowania, eliminuje z życia towarzyskiego, zmusza chorego do daleko idących zmian stylu życia związanego ze stosowaniem farmakologicznych i niefarmakologicznych metod leczenia bólu oraz negatywnie wpływa na aktywność seksualną chorych.